

RICORSO PER L'APERTURA DELL'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

FAC SIMILE ISTANZA DA PRESENTARE ALLA CANCELLERIA VOLONTARIA GIURISDIZIONE

(Via Fedele Calvosa, Frosinone 03100 - Secondo Piano Stanza n. 215)

Al Giudice Tutelare del Tribunale di Frosinone

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il _____ ,
residente in _____ Via
_____ n° _____ ,
Codice Fiscale: _____
tel. _____ cell. _____
mail/pec _____ fax _____
grado di parentela _____ o
beneficiario

RICORRE AL GIUDICE TUTELARE PER LA NOMINA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

a favore di:

cognome _____
nome _____
nato/a a _____ () il _____ ,
residente in _____ Via
_____ n° _____ ,
tel. _____ cell. _____
dimorante in _____ Via _____

celibe/nubile divorziato separato da coniugato con convivente con

cognome _____
nome _____
nato/a a _____ () il _____ ,
residente in _____ Via
_____ n° _____ ,
tel. _____ cell. _____

Il sottoscritto precisa che la persona per la quale si chiede l'Amministrazione è figlio di:

cognome _____
nome _____
nato/a a _____ () il _____ ,

residente in _____ Via
_____, n° _____,
tel. _____ cell. _____

Indicare se in vita o deceduto: _____

e di:

cognome _____
nome _____
nato/a a _____ () il _____,

residente in _____ Via
_____, n° _____,
tel. _____ cell. _____

Indicare se in vita o deceduto: _____

Il sottoscritto dichiara che la persona per la quale si chiede l'Amministrazione non è attualmente interdetta o inabilitata né è pendente procedimento d'interdizione inabilitazione nei suoi confronti.

Le ragioni per le quali si chiede l'Amministrazione di Sostegno sono le seguenti:

(Indicare quali siano le condizioni di vita della persona per la quale si chiede l'Amministrazione, dove viva, con chi viva, da chi sia assistito)

(Indicare se la persona per la quale si chiede l'Amministrazione lavori o sia beneficiario di pensioni e di che tipo, se sia titolare di conti o depositi in Banca o alia Posta, se sia proprietario o comproprietario o usufruttuario di beni immobili, ecc.)

(Specificare i motivi per i quali l'infermo non sarebbe in grado di provvedere ai propri interessi personali e patrimoniali)

(Indicare gli atti che la persona per la quale si chiede l'Amministrazione non sarebbe in grado di compiere specificando, ad esempio, se la persona sia o meno in grado di utilizzare le entrate mensili, di pagare le spese ricorrenti, di gestire somme di denaro a scadenza mensile o settimanale, di vendere i propri beni, ecc.)

Indicare se la persona è in grado di deambulare:

Si precisa che la persona per la quale si chiede l'Amministrazione **convive stabilmente con:**

cognome _____ nome _____

parentela _____;

cognome _____ nome _____

parentela _____;

cognome _____ nome _____

parentela _____;

cognome _____ nome _____

parentela _____;

Il sottoscritto precisa che la persona per la quale si chiede l'Amministrazione **ha i seguenti familiari** (indicare solo ascendenti, discendenti, fratelli, sorelle, coniuge):

cognome _____

nome _____

nato/a a _____ () il _____ ,

residente in _____ Via

_____ n° _____ ,

tel. _____ cell. _____

grado di parentela _____

cognome _____

nome _____

nato/a a _____ () il _____ ,

residente in _____ Via

_____ n° _____ ,

tel. _____ cell. _____

grado di parentela _____

cognome _____

nome _____

nato/a a _____ () il _____ ,

residente in _____ Via
_____, n° _____,
tel. _____ cell. _____
grado di parentela _____

cognome _____
nome _____
nato/a a _____ () il _____,
residente in _____ Via
_____, n° _____,
tel. _____ cell. _____
grado di parentela _____

cognome _____
nome _____
nato/a a _____ () il _____,
residente in _____ Via
_____, n° _____,
tel. _____ cell. _____
grado di parentela _____

Il sottoscritto evidenzia **RAGIONI DI URGENZA** per i seguenti motivi (indicare quali siano le ragioni di urgenza; specificare, ad esempio, quali atti pregiudizievoli stiano per essere compiuti dalla persona, o quali atti necessari ed indifferibili, che la persona non può compiere, debbano essere compiuti a suo favore):

Il sottoscritto dichiara che, per quanto a propria conoscenza la persona per la quale si chiede l'Amministrazione, non ha in precedenza designato nessuno quale proprio possibile Amministratore di Sostegno.

Il sottoscritto dichiara che, per quanta a propria conoscenza, la persona per la quale si chiede l'Amministrazione, ha in precedenza designato quale proprio possibile Amministratore di sostegno il/la Sig./Sig.ra:

cognome _____
nome _____
nato/a a _____ () il _____,
residente in _____ Via
_____, n° _____,

Il sottoscritto indica quale possibile Amministratore di Sostegno il/la Sig./Sig.ra:

cognome _____

nome _____

nato/a a _____ () il _____ ,

residente in _____ Via

_____ n° _____ ,

tel. _____ cell. _____

Codice fiscale: _____

E-Mail: _____ Pec: _____

Produce a corredo del ricorso:

- Certificato contestuale di nascita, di residenza e stato di famiglia del beneficiario;
- Fotocopia di un documento di identità;
- Certificazione medica sulle condizioni di salute psico-fisica del beneficiario;
- Eventuale certificazione che attesti l'impossibilità del beneficiario di raggiungere il Palazzo di Giustizia;
- DIRITTI DI CANCELLERIA euro 27,00 **da corrispondere tramite la piattaforma PagoPa.**

Frosinone, lì _____

FIRMA DEL RICORRENTE

FIRMA PER ADESIONE AL RICORSO
